

# KAJIAN KEBIJAKAN PENYALURAN DANA BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN DALAM MENDUKUNG PENCAPAIAN KESEHATAN IBU DAN ANAK (MDGS 4,5) DI TIGA KABUPATEN, KOTA DI PROPINSI JAWA TIMUR INDONESIA

## *(A Policy Review on The Distribution of Health Operational Aid Funds in Achieving Maternal and Child Health Program (MDGs 4, 5) in Three Districts/Cities of East Java Province)*

Ninieki Lely Pratiwi<sup>1</sup>, Agus Suprpto<sup>1</sup>, Agung D Laksono<sup>1</sup>, Betty R<sup>1</sup>, Rukmini<sup>1</sup>, Gurendro<sup>1</sup>, Ristrini<sup>1</sup>, Wahyu D Astuti<sup>1</sup>, Oktarina<sup>1</sup>, Mugeni S<sup>1</sup>

Naskah masuk: 7 Agustus 2014, Review 1: 12 Agustus 2014, Review 2: 12 Agustus 2014, Naskah layak terbit: 9 Oktober 2014

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Kebijakan Peraturan Menteri kesehatan Nomer 494/menkes/SK/IV/2010 tentang Penyaluran dana BOK kepada Pemerintah Daerah sebagai salah satu bentuk tanggung jawab pemerintah untuk pembangunan kesehatan masyarakat dalam meningkatkan upaya kesehatan promotif dan preventif guna percepatan tercapainya MDGs Bidang Kesehatan. Tujuan kajian untuk memberikan rekomendasi kebijakan BOK dalam pencapaian program kesehatan ibu dan anak. **Metode:** Kajian data sekunder profil kesehatan kabupaten tahun 2009-2011 dan data primer focus group discussion (FGD) dengan mengundang pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten dan beberapa puskesmas serta staf pengelola BOK dari pemda. **Hasil:** Penurunan angka kematian ibu dan bayi masih lambat dan kasus gizi kurang makin meningkat dari hasil review data profil 3 kabupaten Sampang, Gresik dan kabupaten Sidoarjo. Pemerintah daerah kurang komitmen dalam menyusun strategi prioritas program kesehatan ibu dan anak dalam bentuk rencana inovasi aksi daerah. Kegiatan preventif promotif BOK kurang pengawasan dan kontrol pertanggungjawaban terutama pada puskesmas yang lokasinya jauh dari pusat pemerintahan kabupaten. Pertanggungjawaban keuangan kurang tepat program dan sasaran, mengingat data pencapaian kesehatan ibu dan anak cakupan KN1-KN4 naik pada tahun 2010, namun kemudian turun kembali pada tahun 2011. **Kesimpulan:** Perlu upaya evaluasi dan monitoring pemanfaatan dana BOK sesuai peruntukan, supervisi kegiatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, maupun oleh tokoh masyarakat setempat. Prioritas monitoring pada puskesmas di daerah sulit dengan AKI dan AKB tinggi. **Saran:** Perlu pendampingan dan pembinaan rutin dan berkala berupa bimbingan teknis terkait pemanfaatan BOK.

**Kata kunci:** Bantuan operasional kesehatan/BOK, MDGs, Upaya preventif, promotif kesehatan

### ABSTRACT

**Background:** Health Policy Regulation Number 494/Menkes/SK/IV/2010 on the distribution of BOK funds to local government is one of the government's responsibility for the development of public health in improving health promotion and prevention efforts in order to accelerate the achievement of MDGs in Health. The purpose of the study is to provide policy recommendations regarding to BOK in achieving the goals of maternal and child health programs. **Methods:** Secondary data review of the district health profile in 2009-2011 and analysis on the primary data collected from focus group discussion (FGD) with invited technical implementor from district health office and health centers as well as some of the staffs of the local government that handle BOK. **Results:** The decline in maternal and infant mortality rates are still slow and cases of malnutrition increased from the three profile data review Sampang, Gresik and Sidoarjo. Local governments pay little commitment in developing priority strategies of maternal and child health programs in the form of a local action

---

<sup>1</sup> Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Indrapura 17 Surabaya  
Alamat Korespondensi: [niekiwati@yahoo.com](mailto:niniekiwati@yahoo.com)

and innovation plan. BOK preventive promotive activities are lacking of monitoring and accountability controls, especially in health centers located far from the district center. Financial accountability is less precise to the programs and targetes, having seen the data of maternal and child health outcomes KN1-KN4 coverage which rose in 2010, but then fell back in 2011. **Conclusion:** Evaluation and monitoring are needed on the utilization of BOK funds, supervising the activities by the district/city health office, as well as by local community leaders. Prioritise monitoring the health centers in the area with high MMR and IMR. **Suggestion:** Needed routine and periodic mentoring and coaching in the form of technical assistance related to the utilization of BOK.

**Key words:** Health Operational Funds channelling, Maternal child of Health, Preventif and promotif

## PENDAHULUAN

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat selain diarahkan untuk mencapai target Tujuan Pembangunan Milenium atau *Millennium Development Goals* (MDGs), juga harus diarahkan pada pembudayaan pola hidup sehat bagi masyarakat melalui upaya promotif, preventif, dan pemberdayaan masyarakat. Dukungan jajaran Tim Penggerak Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (Tim Penggerak PKK) di Kabupaten/Kota merupakan faktor penting dalam mewujudkan budaya hidup sehat bagi masyarakat. Urusan pemerintahan di bidang kesehatan merupakan urusan bersama (*concurrent function*) antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, sehingga setiap Pemerintah Daerah diwajibkan untuk meningkatkan pemerataan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Pengembangan kegiatan dan penyediaan dukungan anggaran yang memadai, harus berpedoman pada ketentuan mengenai Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang pelayanan kesehatan (Djaswadi Dasuki, 2001).

Berbagai upaya telah dan akan terus ditingkatkan baik oleh pemerintah daerah maupun pemerintah agar peran dan fungsi Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dasar semakin meningkat. Dukungan pemerintah bertambah lagi dengan diluncurkannya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) bagi Puskesmas sebagai kegiatan inovatif di samping program kesehatan lainnya seperti Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan atau Jampersal (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Kebijakan penyaluran dana BOK oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 merupakan salah satu bentuk tanggung jawab pemerintah dalam pembangunan kesehatan bagi masyarakat di

pedesaan/kelurahan khususnya dalam meningkatkan upaya kesehatan promotif dan preventif guna tercapainya target Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan. SPM sebagai tolok ukur urusan kewenangan wajib bidang kesehatan, telah dilimpahkan oleh pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Puskesmas sebagai salah satu unit pelaksana pelayanan bidang kesehatan juga mengemban amanat untuk mencapai target tersebut sehingga masyarakat akan mendapat pelayanan kesehatan yang semakin merata, dan berkeadilan.

Dana BOK bukan merupakan dana utama dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di kabupaten/kota. Beberapa *issu public* ditengarai bahwa ada kebijakan tingkat regional, yaitu Pemerintah Daerah mengurangi alokasi pembiayaan program promotif kesehatan ke luar sektor kesehatan, dengan asumsi mereka telah terbiayai oleh dana BOK. Pemerintah Pusat memberikan tambahan dana operasional puskesmas tersebut karena sebagian besar pemda mengalokasikan dana tersebut sangat kurang, dan mengharapakan pemda tidak mengurangi lagi anggaran yang sudah dialokasikan untuk operasional Puskesmas. Masih terdapat berbagai masalah yang dihadapi oleh Puskesmas dan jaringannya dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Beberapa pemerintah daerah mampu mencukupi kebutuhan biaya operasional kesehatan Puskesmas di daerahnya. Di saat yang sama, tidak sedikit pula pemerintah daerah yang masih sangat terbatas alokasi untuk biaya operasional termasuk preventif, promotif Puskesmas. Sementara itu, masih terjadi disparitas antar berbagai determinan sosial di masyarakat yang meliputi perbedaan situasi dan kondisi wilayah, pendidikan masyarakat, sosial ekonomi dan determinan sosial lainnya.



peningkatan kesehatan anak dan kesehatan ibu. Pemanfaatan dana BOK di kabupaten/kota, diprioritaskan pada upaya preventif dan promotif kesehatan ibu dan anak untuk mengatasi tingginya angka kematian ibu dan bayi suatu daerah, termasuk pula penyakit menular yang dapat mempengaruhi kesehatan maternal. Dana BOK dapat dipakai untuk pemberian makanan tambahan atau PMT anak balita dan ibu hamil dalam setiap kunjungan posyandu. Besaran nilai rupiah untuk PMT tergantung kebutuhan dan harga satuan makanan setempat. Pemberian PMT yang bervariasi dengan kandungan Gizi perlu menjadi pertimbangan utama. Alokasi besaran PMT untuk setiap puskesmas dengan mempertimbangkan besarnya permasalahan status gizi balita di setiap daerah, seperti diungkapkan oleh informan dari Dinkes Kabupaten Gresik sebagai berikut.

*“Besarnya jumlah dana BOK per puskesmas tergantung jumlah kunjungan, jumlah penduduk dan tipe puskesmas. Gresik pembagian dana BOK berdasarkan jumlah penduduk, jumlah kunjungan, tipe puskesmas. Untuk pengadaan PMT, kalau bisa diadakan di dinas, agar seluruh PKM dapat PMT, karena bila diadakan di level PKM, masing-masing PKM ada yang menganggarkan dan ada yang tidak”.*

*“PMT di sidoarjo sebesar 1,4 M (APBD), PMT di Gresik 585 jt (APBD). Kabupaten Sidoarjo BOK 2,2 M dengan rincian 1,950 M untuk PKM, 300 jt untuk dinas. Besaran dana BOK kabupaten Gresik 2,7 Miliar dengan rincian untuk PKM 2,4 M, 300 juta untuk manajemen dinas. APBD untuk preventif, promotif di samping: PMT penyuluhan, honor, kegiatan promkes - 299 juta. Pencegahan penyakit dan penyehatan lingkungan 200 jt. Imunisasi 92 juta. APBD untuk prev prom Gresik: 54 jt untuk promkes”.*

#### **Affordability atau Keterjangkauan Biaya**

Keterjangkauan biaya atau *affordability* telah mendorong dikeluarkannya kebijakan BOK yaitu berkaitan dengan wewenang dalam konteks otonomi daerah. Daerah otonom, yaitu kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-

batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat (Pasal 1 angka 6 UU No 32 Tahun 2004) berhak mengurus urusan pemerintahan. Urusan pemerintahan yang tertulis pada Pasal 12 UU No. 32 Tahun 2004 memberikan panduan, yaitu: (1) Urusan pemerintahan yang diserahkan kepada daerah disertai dengan sumber pendanaan, pengalihan sarana dan prasarana, serta kepegawaian sesuai dengan urusan yang didesentralisasikan. (2) Urusan pemerintahan yang dilimpahkan kepada Gubernur disertai dengan pendanaan sesuai dengan urusan yang didekonsentrasikan.

Penyaluran dana BOK setiap puskesmas di kabupaten/kota berdasarkan jumlah penduduk, jumlah kunjungan dan tipe puskesmas, dipertimbangkan untuk menambah variabel penting lainnya seperti besarnya permasalahan kesehatan ibu dan anak dan geografis yang sulit. Biaya transportasi petugas kesehatan dalam upaya preventif dan promotif kesehatan ibu dan anak dari kecamatan ke desa dengan besaran Rp 25.000 per orang, ditentukan sesuai dengan peraturan daerah dan kelayakan geografis. Kegiatan kunjungan neonatal I-IV petugas kesehatan dalam pemeriksaan ibu hamil ke rumah dalam upaya jemput bola bagi ibu hamil yang tidak mau ke puskesmas karena medan yang sulit dapat memanfaatkan dana BOK sebagai pengganti transport, termasuk pula kunjungan Nifas bagi ibu bersalin dapat memakai dana BOK ini. Berikut tanggapan tentang peruntukan alokasi anggaran BOK, oleh informan dari Kabupaten Gresik,

*“Dana BOK melalui TP (tugas Pembantuan) sebenarnya tidak tepat, karena BOK turun tiap tahun. Bila dimasukkan dalam Dana alokasi Khusus/DAK, juga kurang tepat karena DAK untuk kegiatan yang “emergency”. Jadi untuk tahun depan akan ditempatkan di DAU”.*

*“Di Gresik terdapat 6994 kader, honor berasal dari APBD, transport bisa dari BOK, 25 ribu. Di Sampang, transport dari puskesmas ke desa 15 ribu. Dari APBD honor kader posyandu 30 ribu per bulan. Banyak kader yang merangkap hingga menangani 3 posyandu. Jumlah posyandu 904 dengan kader 200-*



*300an kader. Dasar dari pembagian dana BOK bermacam-macam dasar”.*

Sedangkan tanggapan informan kabupaten Sidoarjo mengatakan bahwa,

*“Di Sidoarjo, sudah menyusun POA dan RPK bulanan untuk satu tahun. Bila ada perubahan RPK, akan memperlama proses pengajuan keuangan (butuh waktu yang lebih lama), yang akan berpengaruh atau berdampak ke seluruh rangkaian kegiatan dan berimbas pada penyerapan anggaran. Di Sidoarjo ada peraturan Bupati yang mengatur bahwa transport dari PKM ke desa wilayah kerja sebesar 25 ribu”.*

### **Health System Building Blocks**

Beberapa pernyataan tentang hambatan yang dihadapi dalam membangun sistem penyaluran dana BOK ditanggapi oleh beberapa informan, seperti dari Dinkes kabupaten Sidoarjo,

*“Anggaran BOK tahun ini disamakan. BOK bisa untuk transpor kader posyandu, kader posyandu usila. Sidoarjo per posyandu dapat 25 ribu, di Gresik kader per orang 10 ribu. APBD: ada dana 50 ribu per posyandu (1670 posyandu) untuk kegiatan posyandu, tidak melihat berapa pun jumlah balita yang ada. Refresing kader bisa diambil dari BOK, untuk transport dan konsumsi.*

Sedangkan komentar dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang bahwa:

*“Besaran alokasi dana BOK per puskesmas berdasarkan luas wilayah, jumlah penduduk, realisasi penyerapan tahun lalu, jumlah nakes medis dan paramedik”.*

Program imunisasi, terutama daerah endemis Diptheri seperti propinsi Jawa Timur, maka upaya jemput bola petugas imunisasi ke masyarakat dapat memanfaatkan dana BOK. Imunisasi TT untuk ibu hamil, dan pra hamil. Buku Petunjuk Teknis Penyaluran Dana BOK perlu memberikan contoh konkrit peruntukannya sehingga petugas kesehatan di lapangan tidak ada keraguan dalam pertanggungjawaban keuangannya dan dapat lebih mudah merencanakan kegiatan preventif dan promotif ini. Berikut tanggapan seorang informan dari puskesmas di Kota Surabaya, bahwa:

*“Pos KLB dari BOK ada anggarannya, meskipun itu belum tentu terserap. Kalau di Kabupaten lain, pos KLB tidak ada, pos KLB dianggarkan dari APBD, yang lebih longgar dalam melakukan perubahan. Seperti contoh adanya wabah Diptheri di Surabaya pada tahun 2012 dapat menggunakan alokasi KLB dari dana BOK dan mengingatkan petugas kesehatan untuk melakukan upaya preventif dan promotif.”*

Kendala kebijakan BOK dalam mencapai tujuan program diantaranya adalah administrasi pertanggungjawaban keuangan yang dirasakan membingungkan, sehingga pada awal kebijakan menjadi kendala. Perlu proses pembelajaran semua pihak terkait sehingga dengan berjalannya waktu akan terbiasa mengerjakan sesuai standar peraturan keuangan Negara. Faktor yang menghambat antara lain dana BOK di masukkan sebagai DAU dan ini memberikan konsekuensi anggaran untuk kesehatan berkurang karena ada substitusi anggaran dari pusat. Faktor penghambat lainnya adalah pertanggungjawaban administrasi dana BOK terlalu ketat, sehingga beberapa kabupaten takut untuk membuat pertanggungjawaban keuangan negara. Penyaluran dana BOK yang diperuntukkan kegiatan prioritas di beberapa kabupaten menyebutkan untuk pemberian makanan tambahan bagi balita kurang gizi di posyandu, kegiatan promosi petugas kesehatan, juga untuk transpor kader kesehatan ke posyandu. Besaran transpor kader berbeda setiap kabupaten tergantung Perda atau kebijakan di tingkat kabupaten, kota.

Berikut tanggapan informan dari Dinkes Kota Surabaya,

*“Pertanggungjawaban BOK terlalu njlimet yang merepotkan. Yang bertanggung jawab terhadap dana bukan bendahara, tapi Petugas Pelaksana Teknis Kegiatan/PPT. Transport Perjalanan dinas lebih dari 5 kilo, transport 80 ribu, kalo kurang dari 5 KM, dapat 25 ribu”.*

*“Untuk tahun depan, BOK tidak lagi masuk kedalam dana Tugas Perbantuan/TP. Tapi masuk di dalam dana alokasi khusus/DAU. Dikhawatirkan setelah masuk DAU, jatah anggaran untuk Dinkes Kabupaten akan berkurang, karena ada substitusi anggaran dari pusat”.*

Informan di Kabupaten Gresik memberikan tanggapan bahwa “

*“Dana BOK melalui TP (tugas Pembantuan) sebenarnya tidak tepat, karena BOK turun tiap tahun. Bila dimasukkan dalam Dana alokasi Khusus/DAK, juga kurang tepat karena DAK untuk kegiatan yang “emergency”. Jadi untuk tahun depan akan ditempelkan di DAU”.*

Formulasi *cost sharing* pembiayaan upaya preventif promotif dari pemerintah kabupaten/kota melalui APBD. Masyarakat dapat berperan dan dikembangkan melalui mobilisasi dari beberapa sumber dari masyarakat, ataupun perusahaan misalkan *Corporate Social Responsibility* atau CSR. Berikut tanggapan dari kabupaten Gresik sebagai kota industri.

*“Memobilisasi sumber daya yang ada di setiap daerah perlu dikembangkan sebagai upaya pemberdayaan masyarakat setempat, baik masyarakat secara individu, maupun kelompok. Potensi daerah dalam Dana Bagi hasil Cukai Rokok dapat pula menjadi salah satu CSR, namun tentunya harus mempertimbangkan banyak hal terutama dalam era bebas rokok, mungkinkah hal ini dilakukan?”.*

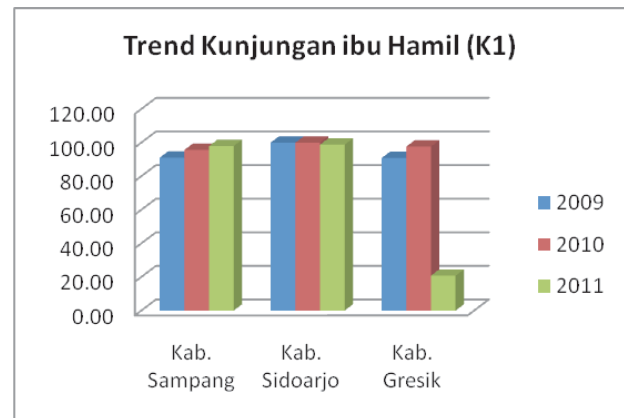
Potensi daerah dalam menggerakkan pembangunan kesehatan di wilayahnya dapat pula dikembangkan, terutama bila terdapat industri kecil maupun besar. Berikut tanggapan dari Dinas kabupaten Gresik:

*“Untuk menjadi wacana bila CSR bisa membiayai BOK, untuk daerah terdampak. Hal ini berlaku untuk daerah dengan industri yang banyak. CSR diberikan oleh perusahaan pada dinas, selain juga diberikan pada masyarakat langsung. contoh pada DBHCT (Dana Bagi Hasil Cukai Tembakau)”.*

#### **Tren Hasil Program Kesehatan Ibu dan Anak sebelum dan Setelah Kebijakan BOK**

Perkembangan pencapaian cakupan MDGs kesehatan ibu dan anak dapat dikaji dengan menampilkan pencapaian sebelum dan setelah adanya kebijakan BOK. Hasil dilihat pada penjelasan *continuum of care* data profil kesehatan kabupaten, kota sejak tahun 2009 sampai dengan tahun 2011.

Beberapa data profil kesehatan kabupaten/kota yang dapat disajikan sebagai informasi dalam capaian kesehatan ibu dan anak baik sebelum dan sesudah adanya kebijakan dana penyaluran BOK gambar di bawah ini.



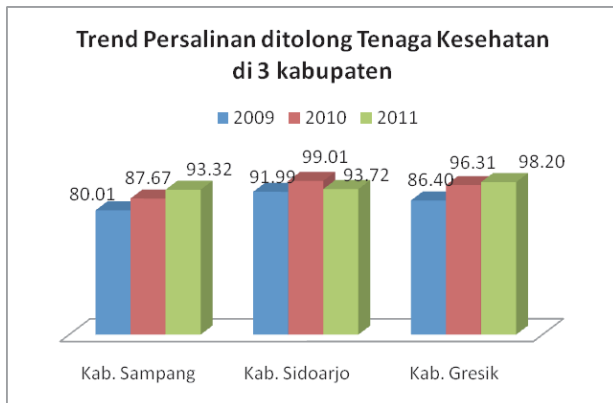
**Gambar 2.** Trend Jumlah Kunjungan Ibu Hamil (K1) di Kabupaten Sampang, Gresik dan Kabupaten Sidoarjo Propinsi Jawa Timur.

Berdasarkan gambar grafik di atas tampaknya jumlah kunjungan K1 kabupaten Sampang ada peningkatan setelah kebijakan dana BOK, namun untuk kabupaten Sidoarjo tidak ada peningkatan bahkan sedikit menurun, demikian pula kabupaten Gresik kunjungan K1 malah terjadi penurunan yang cukup tajam pada tahun 2011.



**Gambar 3.** Kecenderungan Jumlah Angka Kematian Ibu di Kabupaten Sampang, Gresik dan Kabupaten Sidoarjo Propinsi Jawa Timur

Gambar 3 memperlihatkan terjadi penurunan angka kematian ibu di kabupaten Sidoarjo, namun pada kabupaten Gresik terjadi peningkatan pada tahun 2010 dan kembali turun sedikit pada tahun 2011. Tampaknya angka kematian ibu ini tidak berpengaruh dengan meningkatnya kunjungan K1 ibu hamil ke petugas kesehatan.



**Gambar 4.** Trend Jumlah Persalinan oleh Nakes di Kabupaten Sampang, Gresik dan Kabupaten Sidoarjo Propinsi Jawa Timur

Terlihat bahwa di 3 kabupaten Sampang, Gresik dan Sidoarjo terjadi tren peningkatan persalinan oleh tenaga kesehatan setelah adanya kebijakan dana BOK yang diturunkan pada setiap puskesmas.

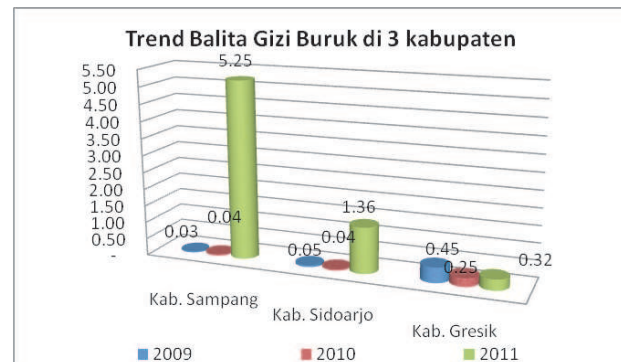
#### Kesehatan Anak



**Gambar 5.** Kecenderungan Jumlah Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Sampang, Gresik dan Kabupaten Sidoarjo Propinsi Jawa Timur

Pada gambar grafik di atas tampak bahwa di kabupaten Sampang pada tahun 2010 terjadi peningkatan angka kematian, namun menurun dengan

sangat tajam pada tahun 2011. Kabupaten Sidoarjo angka kematian bayi pada tahun 2010 menurun sedikit dan kemudian pada tahun 2011 angka kematian bayi menurun sangat tajam yaitu pada angka 2,49 per 1000 kelahiran. Di kabupaten Gresik angka kematian Bayi pada tahun 2010 menurun cukup tajam namun pada tahun 2011 naik kembali menjadi 7,5 per 1000 kelahiran.



**Gambar 6.** Kecenderungan Jumlah Balita Gizi Buruk di Kabupaten Sampang, Gresik dan Kabupaten Sidoarjo Propinsi Jawa Timur

Dari gambar grafik di atas tampak bahwa kecenderungan Balita Gizi Buruk di kabupaten Sampang dan Sidoarjo meningkat pada tahun 2010 dan tahun 2011. Tren Balita gizi buruk menurun pada tahun 2010, dan tahun 2011 di Kabupaten Gresik.

#### PEMBAHASAN

##### Faktor *Affordability* Pencapaian MDGs Kesehatan Ibu dan Anak

Penurunan angka kematian ibu dan bayi masih lamban dan kasus gizi kurang makin meningkat dari hasil review data profil dari ke 3 kabupaten di Jawa Timur, yaitu Kabupaten Gresik, Sidoarjo dan kabupaten Sampang. Jumlah petugas kesehatan masih sangat terbatas dengan wilayah kecamatan yang luas dan geografis yang tidak memungkinkan, terlihat dari hasil diskusi bahwa banyak tugas rangkap, maka pemberdayaan masyarakat merupakan suatu keniscayaan yang diharapkan secara langsung dapat mempercepat pencapaian MDGs. Perlu suatu gerakan inovatif dengan memberdayakan masyarakat setempat dalam pemantauan dan penimbangan gizi bagi Balita, pemantauan pemeriksaan kunjungan neonatal ke fasilitas kesehatan. Pemberdayaan

masyarakat “gerakan sehat untuk semua” akan menjadi suatu nilai tersendiri di mata masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat akan menimbulkan suatu nilai rasa memiliki program kesehatan. Masyarakat akan merasa membutuhkan pengetahuan, keterampilan tentang upaya preventif kesehatan ibu dan anak yang seharusnya mereka lakukan. Permasalahan kesehatan bukan semata mata permasalahan petugas kesehatan. Jika masyarakat peduli terhadap kesehatan maka permasalahan kesehatan adalah masalah masyarakat dan menjadi tanggung jawab masyarakat itu sendiri. Hasil analisis lanjut Riskesdas 2010 oleh Niniek Lely Pratiwi dkk pada tahun 2012 dikatakan bahwa umur kehamilan saat ANC pertama kali didominasi oleh kelompok umur 3 bulan pertama di perkotaan 82,5%, di pedesaan 67,4%. Terlihat bahwa pemeriksaan ANC pertama kali prevalensi terbesar pemeriksaan kehamilan pada umur kehamilan 3 bulan pertama kehamilan. Di pedesaan pemeriksaan ANC pertama kali pada umur kehamilan 4-6 bulan 14,7% dibandingkan ibu hamil di perkotaan yang peduli terhadap kehamilannya, bahkan yang menjawab tidak tahu umur kehamilan saat ANC pertama kali pun di pedesaan 10,7%.

Ditemukan bahwa di negara miskin, sekitar 25–50% kematian wanita usia subur disebabkan oleh masalah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan, dan nifas. WHO memperkirakan di seluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 meninggal saat hamil atau bersalin. Berdasarkan hasil SDKI 2007 derajat kesehatan ibu dan anak di Indonesia masih perlu ditingkatkan ditandai oleh Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu 228/100.000 Kelahiran Hidup (KH), dan tahun 2008, 4.692 jiwa ibu meninggal di masa kehamilan, persalinan, dan nifas. Angka Kematian Bayi (AKB) 34/1000KH, menunjukkan terjadi stagnasi bila dibandingkan dengan SDKI 2003 yaitu 35 per 1000 KH.

Berdasarkan data SKRT 2003 bahwa penyebab langsung kematian ibu adalah pendarahan 28%, eklamsi 24%, infeksi 11%, partus lama 5%, abortus 5%, dan lain-lain. Sedangkan menurut hasil Riskesdas 2007, penyebab kematian bayi baru lahir 0-6 hari di Indonesia adalah gangguan pernapasan 36,9%, prematuritas 32,4%, sepsis 12%, hipotermi 6,8%, kelainan darah/ikterus 6,6% dan lain-lain. Penyebab kematian bayi 7-28 hari adalah sepsis 20,5%, kelainan kongenital 18,1%, pneumonia 15,4%, prematuritas

dan BBLR 12,8%, dan RDS 12,8%. Oleh karena itu, upaya penurunan angka kematian bayi dan Balita perlu memberikan perhatian yang besar pada upaya penyelamatan bayi baru lahir dan penanganan penyakit infeksi (diare dan pneumonia). Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu maupun bayi adalah kemampuan dan keterampilan penolong persalinan. Pesan pertama kunci *Making Pregnancy Safer* (MPS) yaitu setiap persalinan hendaknya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Faktor lain adalah kurang pengetahuan dan perilaku masyarakat yang tidak mengenali tanda bahaya dan terlambat membawa ibu, bayi dan balita sakit ke fasilitas kesehatan.

Pengetahuan dan perilaku masyarakat tentang tanda bahaya kehamilan diperlukan suatu fasilitasi upaya promotif pada masyarakat baik melalui pendidikan formal maupun non formal (Nova Corcoran, 2008). Bekal pengetahuan reproduksi remaja dan KIA seharusnya masuk dalam kurikulum anak sekolah menengah ke atas. Adanya kebijakan penyaluran dana BOK dapat memfasilitasi upaya preventif dan promotif kesehatan ibu dan anak. Pada tahun 2008 cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia sudah mencapai 80,68%, sehingga masih ada pertolongan persalinan yang dilakukan oleh dukun bayi dengan cara tradisional. Hasil analisis data Riskesdas tahun 2010 menyatakan bahwa pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan rerata angka nasional menunjukkan persalinan oleh tenaga kesehatan 78,7%, dan persalinan oleh dukun bayi 17,7%. Pemerintah berupaya untuk memecahkan masalah tersebut. Kementerian Kesehatan RI telah meluncurkan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan stiker yang telah terbukti mampu meningkatkan secara signifikan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan Buku KIA sebagai informasi dan pencatatan keluarga yang mampu meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan ibu/bayi, dan balita.

Hasil analisis lanjut Riskesdas 2010 oleh Niniek L Pratiwi dkk mengatakan bahwa ibu hamil yang memiliki buku KIA di pedesaan 30,3% yang diperlihatkan dan yang mengaku punya namun tidak memperlihatkan 48,3% sedangkan yang tidak memiliki 21,4%. Menurut Sri Hermiyanti menjelaskan dengan tercatatnya ibu hamil secara tepat dan akurat serta dipantau secara intensif oleh tenaga kesehatan dan kader di wilayah



tersebut, maka setiap kehamilan sampai persalinan dan nifas diharapkan dapat berjalan dengan aman dan selamat (<http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/790-ibu-selamat-bayi-sehat-suami-siag.html>, 2012).

Penemuan kasus ibu hamil Risti yang sudah ditangani oleh petugas kesehatan yang meningkat dengan adanya kebijakan dana BOK, diharapkan akan menjadi suatu budaya bagi petugas kesehatan dalam melaksanakan tugas pokoknya, mereka menjemput bola ke masyarakat, mengingat dana transpor ke masyarakat sudah tersedia. Dana BOK dapat pula dipakai buat transpor kader. Kejadian kematian ibu dan bayi yang terbanyak terjadi pada saat persalinan, pasca-persalinan, dan hari pertama kehidupan bayi masih menjadi tragedi yang terus terjadi di negeri ini. Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir memerlukan upaya dan inovasi baru. Upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir harus melalui pemberdayaan masyarakat setempat. Terlebih bila dikaitkan dengan target Millenium Development Goals (MDGs) 2015, yakni menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup, dan angka kematian bayi (AKB) menjadi 23 per 100.000 kelahiran hidup yang harus dicapai. Waktu yang pendek, tidak akan cukup untuk mencapai sasaran itu tanpa berbagai upaya yang luar biasa (Direktorat Bina Kesehatan Anak, 2012).

#### **Faktor Determinan Pencapaian MDGs Kesehatan Ibu dan Anak**

Kebijakan penyaluran dana BOK dipengaruhi oleh faktor determinan antara lain yaitu sistem proses pengajuan penganggaran, Rencana Pengajuan Kegiatan atau RPK disusun setahun sekali. RPK selayaknya dibuat lebih fleksibel agar dapat dimanfaatkan untuk kegiatan yang terkadang sifatnya *Bottom up* atau ada kejadian luar biasa, yang harus dilaksanakan dan belum diajukan di RPK. Sumber daya manusia juga menjadi faktor determinan yaitu adanya tugas rangkap petugas di puskesmas. Kebijakan dana BOK diharapkan dapat didukung oleh pemerintah kabupaten/kota untuk upaya preventif dan promotif bidang KIA agar keterlambatan rujukan dapat dikurangi. Hasil Riset etnografi budaya Badan Litbangkes di kabupaten Gayolues 2012, bahwa risiko kematian ibu juga makin tinggi akibat adanya

faktor keterlambatan, yang menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu. Ada tiga risiko keterlambatan, yaitu terlambat mengambil keputusan untuk dirujuk karena persoalan adat (termasuk terlambat mengenali tanda bahaya), terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat keadaan darurat dan terlambat memperoleh pelayanan yang memadai oleh tenaga kesehatan. Dua pertiga kematian pada bayi terjadi pada masa neonatal (28 hari pertama kehidupan). Penyebabnya terbanyak adalah bayi berat lahir rendah dan prematuritas, asfiksia (kegagalan bernapas spontan) dan infeksi (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Pemerintah Daerah Provinsi perlu komitmen untuk mendukung pencapaian *Millineum Developmen Goals* termasuk percepatan penurunan kematian ibu dan kematian bayi baru lahir dengan menyusun Rencana Aksi Daerah di samping terobosan lainnya. Beberapa contoh komitmen, Provinsi Nusa Tenggara Barat telah mencanangkan Program AKINO (Angka Kematian Ibu dan Bayi Nol) dengan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KIA hingga ke tingkat desa; Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan Program Revolusi KIA dengan tekad mendorong semua persalinan berlangsung di fasilitas kesehatan yang memadai (puskesmas); Pemda DI Yogyakarta berkomitmen meningkatkan kualitas pelayanan dan penguatan sistem rujukan, serta penggerakan semua lintas sektor dalam percepatan pencapaian target MDGs oleh Pemda Provinsi Sumatera Barat.

Sebenarnya sudah ada upaya terobosan pemerintah dengan adanya program Jampersal (Jaminan Persalinan) yang digulirkan sejak 2011. Program Jampersal ini diperuntukkan bagi seluruh ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir yang belum memiliki jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan. Melalui program ini, pada tahun 2012 Pemerintah menjamin pembiayaan persalinan sekitar 2,5 juta ibu hamil agar mereka mendapatkan layanan persalinan oleh tenaga kesehatan dan bayi yang dilahirkan sampai dengan masa neonatal di fasilitas kesehatan. Program yang punya slogan Ibu Selamat, Bayi Lahir Sehat ini diharapkan memberikan kontribusi besar dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Keberhasilan Jampersal tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pelayanan kesehatan namun juga kemudahan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan di samping pola pencarian pertolongan kesehatan dari masyarakat, sehingga

dukungan dari lintas sektor dalam hal kemudahan transportasi serta pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting. Program Jampersal ternyata tidak signifikan memberikan kontribusi dalam penurunan angka kematian ibu bersalin. Pada awal Januari 2014 telah di *launching*-nya oleh Kementerian Kesehatan tentang jaminan kesehatan nasional atau JKN. Program tersebut mencakup pelayanan persalinan, perlu dipikirkan kebijakan yang lebih inovatif agar tidak terjadi lonjakan kematian ibu bersalin.

Hasil SDKI 2012 menunjukkan AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran. Tren peningkatan AKI, dikhawatirkan menyebabkan sasaran MDG 5a tidak akan tercapai, demikian juga dengan sasaran MDG 4. Upaya perlu lebih ditingkatkan agar penurunan AKI dan AKB melebihi tren yang ada sekarang. Penyaluran dana BOK ke puskesmas yang sejak mulai tahun 2010 telah didistribusikan ke seluruh puskesmas di Indonesia tidak menunjukkan pemanfaatan yang semestinya sesuai tujuan untuk percepatan pencapaian MDGs. Kebijakan ini sangat bagus dan merupakan upaya inovasi yang memiliki daya ungkit yang tinggi. Ada kemungkinan ketidaktepatan sasaran pengguna anggaran BOK, meskipun tanggung jawab administrasi sudah tidak ada masalah. Perlu penelitian lebih lanjut tentang pemanfaatan dana BOK sesuai pengguna sasaran preventif, promotif program KIA. Diperlukan perubahan target capaian BOK, bukan hanya untuk penyerapan dana BOK. Beberapa pengalaman empiris peneliti berupa kegiatan penelitian observasi partisipatori dengan tinggal di desa, terutama daerah yang sulit secara geografis, menemukan bahwa pemantauan kegiatan pemanfaatan dana BOK jarang bahkan hampir tidak pernah di evaluasi dan di monitoring peruntukannya, peneliti menengarai ada penyerapan pembiayaan tanpa ada kegiatan yang dilakukan

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Komitmen Pemerintah Daerah kurang untuk upaya preventif, promotif bidang KIA guna mendukung pencapaian *Millineum Developmen Goals* termasuk percepatan penurunan kematian ibu dan kematian bayi baru lahir dengan mengurangi anggaran dana preventif dan promotif kabupaten kota dengan pertimbangan sudah ada dana BOK. Terlihat bahwa

ada beberapa kasus dari data profil kesehatan kabupaten pada tahun 2010 angka kematian bayi menurun, namun pada tahun 2011 naik kembali ke posisi tahun 2009. Penyusunan Rencana Aksi Daerah kurang mengacu pada program prioritas program kesehatan ibu dan anak, kurangnya monitoring dari propinsi ke kabupaten, kurangnya pemantauan dan monitoring dari dinas kesehatan kabupaten ke kecamatan yang perlu dilakukan.

Masih lambannya penurunan angka kematian ibu dan bayi dan kasus gizi kurang dari hasil review data profil dari ke 3 kabupaten (Gresik, Sidoarjo dan Sampang) di Jawa Timur, yaitu Kabupaten Gresik, Sidoarjo dan kabupaten Sampang. Kepala Puskesmas kurang dapat mengelola dana BOK secara lebih efisien dan akuntabel, mengingat dari beberapa data sekunder data pencapaian kesehatan ibu dan anak cakupan 'KN1'-'KN4' naik pada tahun 2010.

Program JKN, kebijakan BOK dalam upaya pemberdayaan masyarakat diharapkan dapat mengungkit turunnya angka kematian ibu bersalin, bayi lahir sehat ini diharapkan memberikan kontribusi besar dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Sasaran MDGs diharapkan pada tahun 2015 sudah harus tercapai, kini tenggang waktu itu tinggal 1 tahun lagi.

### Saran

Perlu dilakukan pendampingan dan pembinaan terutama puskesmas yang jauh dari Pusat Kabupaten/Kota yang dilakukan secara rutin dan berkala setiap bulan ke puskesmas yang tidak hanya pencatatan tanpa memberikan nilai makna di balik angka. Supervisi seharusnya lebih ditekankan pada bimbingan teknis. Dana BOK dimaksudkan juga untuk upaya preventif, promotif petugas kesehatan yang ada di puskesmas, namun dana BOK juga dapat dipakai untuk petugas kesehatan yang di dinas kesehatan untuk supervisi dalam rangka pendampingan pencapaian upaya preventif dan promotif.

Perlu suatu gerakan inovatif dengan memberdayakan masyarakat setempat dalam pemantauan dan penimbangan gizi bagi Balita, pemantauan pemeriksaan kunjungan neonatal ke fasilitas kesehatan. Dengan pemberdayaan masyarakat gerakan sehat untuk semua menjadi suatu nilai tersendiri di mata masyarakat bahwa kesehatan merupakan kebutuhan bagi masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2010. Studi Operasional Bantuan Operasional Kesehatan Terhadap Kinerja Puskesmas Dalam Mencapai Target MDGs, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik, 2007. Laporan Survey Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2007, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik, 2013. Laporan Survey Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2012. Jakarta.
- Corcoran, N., 2008. Theories and Models in Communiting Health messages. In: Communiting Health strategies for Health promotion. Singapore: Sage Publ. p. 5-31.
- Dunn, W., 2000. Pengantar Analisis Kebijakan Publik (second edition) (terjemahan). Jogjakarta: Gadjah Mada University Press.
- Djaswadi, Dasuki, 2001. Kematian maternal dan perinatal: masalah, tantangan dan upaya pemecahan. Dalam: Reorientasi kebijakan kependudukan. Yogyakarta: Pusat Penelitian dan Kependudukan Universitas Gadjah mada, hal. 91-104.
- Gulliford, M. (et al), 2002. What does 'access to health care' mean? Journal of Health Services Research and Policy, 7(3) July.
- Kementerian Kesehatan RI, 2011. Bagaimana Pendanaan Jampersal? Mediakom (29) April.
- Ninie Lely Pratiwi., 2013. Pemberdayaan masyarakat dalam pencapaian MDGs. Dalam: Pemberdayaan Masyarakat dan Perilaku Kesehatan (Teori dan Praktek) Strategi Percepatan pencapaian MDGs-Post MDGs, Surabaya: Airlangga University Press, hal 1-8.
- Ninie Lely Pratiwi. 2014. Health seeking behavior Antenatal care di Indonesia. Dalam: Health seeking behavior Kesehatan Ibu dan Anak, Surabaya: Airlangga University Press, hal 33-66.
- Ninie Lely Pratiwi., Yunita, F., Fachmi, Yudi, Syaiful, 2012. Buku Seri Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak, Etnik Gayo Desa Tetinggi Kecamatan Blang Pegayon, Kabupaten Gayo Lues, Provinsi Nangroe Aceh Darussalam, Surabaya: Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.